

ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والأسرة (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

إخطار بنية إيقاف مخصصات رعاية الطفل

اسم وعنوان الوكالة/المركز أو مكتب المنطقة	تاريخ سريان إغلاق الحالة	تاريخ الإخطار
	رقم معرف هوية العميل (Client Identification Number, CIN)	رقم الحالة
	اسم الحالة (واسم مستلم الإخطار إن وجد) والعنوان	
رقم الهاتف العام المخصص لتلقي الأسئلة أو تقديم المساعدة	رقم الهاتف العام المخصص لتلقي الأسئلة أو تقديم المساعدة	
أو عقد اجتماع مع الوكالة	رقم الهاتف العام المخصص لتلقي الأسئلة أو تقديم المساعدة	
للحصول على المعلومات والمساعدة بشأن جلسات الاستماع العادلة الوصول إلى السجلات	رقم الهاتف العام المخصص لتلقي الأسئلة أو تقديم المساعدة	
الحصول على معلومات بشأن المساعدة القانونية	رقم الهاتف العام المخصص لتلقي الأسئلة أو تقديم المساعدة	
رقم هاتف الموظف	اسم الوحدة أو اسم الموظف	رقم الموظف
() -		
يهدف هذا الإخطار لإبلاغك أنه سيتم إغلاق حالة مخصصات رعاية طفلك في (تاريخ) / / . أنت لست مؤهلاً للحصول على مخصصات رعاية الطفل الخاصة بالخدمات المقدمة بعد		
التعليقات:		
يحق لك عقد اجتماع و/أو جلسة استماع للطعن على هذا القرار. احرص على قراءة الجزء الخلفي من هذا الإخطار للتعرف على كيفية طلب عقد اجتماع و/أو جلسة استماع للطعن على هذا القرار.		
سبب هذا الإجراء هو:		
<input type="checkbox"/> الدخل الإجمالي لأسرتك يتجاوز 300% من معيار الدخل الخاص بالولاية أو 85% من متوسط الدخل الخاص بالولاية وهو الحد الأقصى للدخل الذي تسمح به لوائح ولاية نيويورك لتكون مؤهلاً لتلقي مساعدة رعاية الطفل عند الطلب الأول وعند إعادة تحديد الأهلية كل 12 شهراً. إجمالي الدخل الشهري لأسرتك البالغ دولار يتجاوز الحد الأقصى للدخل الشهري البالغ دولار لأسرة مكونة من أفراد.		
* (يرجى الاطلاع على الملحق المرفق للحصول على معلومات إضافية.)		
<input type="checkbox"/> إجمالي دخل أسرتك يتجاوز 85% من متوسط الدخل الخاص بالولاية، وهو الحد الأقصى للدخل الذي تسمح به لوائح ولاية نيويورك لتكون مؤهلاً للحصول على مساعدة رعاية الطفل أثناء فترة الأهلية التي تستمر 12 شهراً. إجمالي الدخل الشهري لأسرتك البالغ دولار يتجاوز الحد الأقصى للدخل الشهري البالغ دولار لأسرة مكونة من أفراد.		
* (يرجى الاطلاع على الملحق المرفق للحصول على معلومات إضافية.)		
<input type="checkbox"/> أنت غير مؤهل وفقاً للبرنامج لتلقي خدمات رعاية الطفل للأسباب التالية:		
<input type="checkbox"/> لم تُقدم لنا المعلومات التي طلبناها لتحديد استمرار أهليتك لتلقي مساعدة رعاية الطفل. دون هذه المعلومات، لم نتمكن من تحديد أهليتك للحصول على مثل هذه المساعدة.		
<input type="checkbox"/> أخرى:		
القانون (القوانين) و/أو اللائحة (اللوائح) التي نتيج لنا القيام بذلك:		

إذا كنت لا توافق على قرار إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية في منطقتك، يمكنك طلب عقد اجتماع و/أو جلسة استماع عادلة.

1. **الاجتماع:** يحق لك عقد اجتماع مع إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية في منطقتك لمراجعة القرار. وإذا كنت ترغب في عقد اجتماع، ينبغي أن تطلب ذلك في أقرب وقت ممكن لأن نتيجة الاجتماع قد تؤثر على قرارك بطلب عقد جلسة استماع عادلة. إذا رغبت في عقد جلسة استماع عادلة مع بقاء مخصصات رعاية الطفل دون تغيير (استمرار المعونة) حتى إصدار قرار جلسة الاستماع العادلة، يجب عليك طلب جلسة استماع عادلة قبل تاريخ سريان إغلاق الحالة المذكور في الوجه الأمامي من هذا الإخطار. فطلب عقد الاجتماع فقط لن يؤدي إلى استمرار تقديم مخصصاتك. وخلال الاجتماع، يمكنك تقديم معلومات توضح سبب اعتقادك أن الإجراء الذي اتخذته الوكالة غير صحيح.

يمكنك أن تطلب عقد اجتماع عن طريق:

(1) الاتصال: () - () (يرجى أن يكون هذا الإخطار معك عند الاتصال).

(2) المراسلة الكتابية: حدد المربع أدناه وأرسل عبر البريد إلى

يرجى الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

أرغب في عقد اجتماع. وذلك لأنني لا أوافق على الإجراء الذي اتخذته الوكالة. يمكنك أن تشرح في ورقة منفصلة سبب عدم موافقتك، ولكن لا يتعين عليك تضمين تفسير كتابي.

2. **جلسة استماع عادلة:** يحق لك طلب عقد جلسة استماع عادلة للتعليق على قرار إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية. إذا كنت ترغب في طلب عقد جلسة استماع عادلة، فذلك 60 يومًا من تاريخ الإخطار، الموجود في الوجه الأمامي، لتقديم طلبك. إذا لم تكن ترغب في تغيير مخصصات رعاية الطفل التي تتلقاها حتى إصدار قرار جلسة الاستماع العادلة، يجب عليك طلب جلسة استماع عادلة قبل تاريخ سريان إغلاق الحالة المذكور في الوجه الأمامي من هذا الإخطار. ولست بحاجة إلى طلب عقد اجتماع قبل طلب عقد جلسة استماع عادلة.

يمكنك طلب استمرار تلقي مخصصات رعاية الطفل حتى إصدار قرار جلسة الاستماع العادلة. وإذا طلبت استمرار تلقي مخصصاتك حتى إصدار قرار جلسة الاستماع العادلة، وخسرت في جلسة الاستماع العادلة، فستكون قد تلقيت مدفوعات زائدة. وستسعى إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية إلى استعادة المدفوعات الزائدة منك عن طريق تقليل مخصصات رعاية الطفل المستقبلية، أو تحصيل المبلغ دفعة واحدة أو على أقساطه أو اتخاذ إجراء قانوني.

يمكنك أن تطلب عقد جلسة استماع عادلة عن طريق:

(1) الاتصال الهاتفي: 1-800-342-3334. (يرجى أن يكون هذا الإخطار معك عند الاتصال).

(2) الإنترنت: لإرسال طلب عقد جلسة الاستماع العادلة الخاص بك عبر الإنترنت، توجه إلى الموقع الإلكتروني <https://otda.ny.gov/hearings/>، وانقر فوق الروابط لطلب عقد جلسة استماع عادلة باستخدام النموذج عبر الإنترنت، واتبع التعليمات لإكمال النموذج وإرساله عبر الإنترنت.

(3) المراسلة الكتابية: ضع علامة داخل المربع وأكمل المعلومات أدناه. أرسل النموذج عبر البريد إلى New York State Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York, 12201-1930. يرجى الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

(4) الفاكس: ضع علامة داخل المربع وأكمل المعلومات أدناه. أرسل كلا وجهي هذا النموذج عبر الفاكس إلى الرقم (518) 473-6735.

أرغب في عقد جلسة استماع عادلة. وذلك لأنني لا أوافق على الإجراء الذي اتخذته الوكالة. يمكنك أن تشرح في ورقة منفصلة سبب عدم موافقتك، ولكن لا يتعين عليك تضمين تفسير كتابي.

حدد خيارًا واحدًا.

عدم إيقاف مخصصات رعاية الطفل التي أتلقاها حتى يتم إصدار قرار جلسة الاستماع العادلة.

إيقاف مخصصات رعاية الطفل التي أتلقاها في تاريخ السريان المذكور في هذا الإخطار، حتى إصدار قرار جلسة الاستماع العادلة.

الاسم: _____ المنطقة: _____
العنوان: _____ رقم الحالة: _____
رقم الهاتف: _____ () - ()

إذا طلبت عقد جلسة استماع عادلة، فستُرسل لك الولاية إخطارًا يبلغك بوقت جلسة الاستماع ومكانها. ويحق لك أن يُمَثَّل مستشار قانوني أو أحد الأقرباء أو الأصدقاء أو أي شخص آخر أو أن تمثَّل نفسك. وفي جلسة الاستماع، ستتاح لك أو لمحاميك أو ممثل آخر لك الفرصة لتقديم أدلة كتابية وشفهية لتوضيح السبب الذي يبرر عدم اتخاذ الإجراء، وبالإضافة إلى فرصة استجواب أي شخص يحضر جلسة الاستماع. ويحق لك أيضًا إحضار شهود للتحدث لصالحك. وينبغي أن تُحضر أي وثائق إلى جلسة الاستماع مثل هذا الإخطار، كعوب شيكات الأجر، الإيصالات، فواتير رعاية الطفل، الإثباتات الطبية، الخطابات، إلخ، التي قد تكون مفيدة في عرض حالتك.

المساعدة القانونية: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة قانونية مجانية، فقد تتمكن من الحصول على هذا النوع من المساعدة عن طريق التواصل مع جمعية المساعدة القانونية (Legal Aid Society) المحلية في منطقتك أو مجموعة الدعم القانوني الأخرى. يمكنك تحديد موقع أقرب جمعية مساعدة قانونية أو مجموعة دعم عن طريق البحث عبر الإنترنت باستخدام كلمات مثل المقاطعة محل إقامتك و"Legal Aid Society" (جمعية مساعدة قانونية) أو "advocate group" (مجموعة دعم)، أو من خلال مراجعة دليل Yellow Pages (الصفحات الصفراء) تحت عنوان "Lawyers" (المحامون)، أو بالاتصال على الرقم الموضح على الصفحة الأولى من هذا الإخطار.

الوصول إلى الملف الخاص بك والحصول على نسخ من الوثائق: لمساعدتك في الاستعداد لجلسة الاستماع، يحق لك الاطلاع على ملف حالتك. إذا اتصلت بنا أو راسلنا كتابيًا، فسندم لك نسخًا مجانية من الوثائق الموجودة في ملفك التي سنقدمها إلى مسؤول جلسة الاستماع في جلسة الاستماع العادلة. ولطلب الحصول على وثائق أو لمعرفة كيفية الاطلاع على ملفك، اتصل بنا على رقم الهاتف الخاص بالوصول إلى السجلات المشار إليه في أعلى الصفحة الأولى من هذا الإخطار أو راسلنا كتابيًا على العنوان المذكور أعلى الصفحة الأولى من هذا الإخطار. وكذلك، إذا اتصلت بنا أو راسلنا كتابيًا، فسندم لك نسخًا مجانية من الوثائق الأخرى الموجودة في ملفك، التي قد تحتاج إليها للتحضير لجلسة الاستماع العادلة. إذا كنت ترغب في الحصول على نسخ من وثائق موجودة في ملف حالتك، ينبغي أن تطلبها بشكل مسبق. وسنقدّم إليك خلال فترة زمنية معقولة قبل تاريخ انعقاد جلسة الاستماع. وستُرسل الوثائق إليك عبر البريد فقط إذا طلبت أن تُرسل إليك عبر البريد على وجه التحديد.

معلومات: إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول حالتك أو التعرف على كيفية طلب عقد اجتماع أو جلسة استماع عادلة أو كيفية الاطلاع على ملف حالتك أو كيفية الحصول على نسخ إضافية من الوثائق، فاتصل بنا على أرقام الهواتف المدرجة في أعلى الصفحة الأولى من هذا الإخطار أو راسلنا كتابيًا على العنوان المذكور أعلى الصفحة الأولى من هذا الإخطار.

ولاية نيويورك
مكتب خدمات الأطفال والأسرة (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
ملحق إخطار بنية
إيقاف مخصصات رعاية الطفل/حساب الأهلية المالية

تاريخ السريان: / /

اسم الحالة:

رقم الحالة:

دولار

لقد قررنا أنك لست مؤهلاً للحصول على مخصصات رعاية الطفل بعد الآن. إجمالي الدخل الشهري لأسرتك هو

هذا يتجاوز 300% من معيار الدخل الخاص بالولاية أو 85% من متوسط الدخل الخاص بالولاية، الحد الأقصى

لإجمالي الدخل الشهري لإعادة اتخاذ القرار، البالغ دولار لأسرة مكونة من أفراد.

هذا يتجاوز 85% من متوسط الدخل الخاص بالولاية، الحد الأقصى للدخل خلال فترة الأهلية التي تستمر 12 شهرًا البالغ دولار

أسرة مكونة من

يرجى التحقق من المعلومات الواردة أدناه. فإذا وجدت فيها خطأ ما، فتواصل مع الموظف المسؤول عن حالتك المدرج في الصفحة الأولى من هذا الإخطار. وإذا كان هناك خطأ بالفعل، فقد يعني ذلك أن القرار الذي اتخذ بشأن مخصصاتك غير صحيح.

يوجد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يقيم في منزلك. نعم لا إذا كان لديك طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة ممن يحتاجون إلى رعاية الطفل، فربما تكون قد تلقيت هذا الإخطار عن طريق الخطأ. تواصل مع موظف حالتك المذكور في الصفحة الأولى من هذا الإخطار لتحديد ما إذا تم إغلاق حالتك عن طريق الخطأ.

قد تُحدّد إجمالي الدخل الشهري لأسرتك من المصادر التالية:

<input type="checkbox"/>	الأجور أو الرواتب (الباب 18 من قانون NYCRR القسم (i)(5)(b)404.5 قبل الضرائب بمبلغ:	دولار	في الشهر.
<input type="checkbox"/>	دخل الضمان الاجتماعي (الباب 18 من قانون NYCRR القسم (iv)(5)(b)404.5 بمبلغ:	دولار	في الشهر.
<input type="checkbox"/>	نفقة الطفل (الباب 18 من قانون NYCRR القسم (xi)(5)(b)404.5 بمبلغ:	دولار	في الشهر.
<input type="checkbox"/>	*مصادر الدخل الأخرى غير المذكورة أعلاه كما هي محددة في لائحة ولاية نيويورك الباب 18 من قانون NYCRR، القسم (b)(5)404.5 بمبلغ:	دولار	في الشهر.
	إجمالي الدخل الشهري الكلي لأسرتك هو:	دولار	في الشهر.

ترد أدناه مستويات متوسط الدخل الخاص بالولاية ومستويات معيار الدخل الخاص بالولاية التي تستخدمها المنطقة لتحديد أهليتك للحصول على مخصصات رعاية الطفل. ولتحديد الأهلية للحصول على مخصصات رعاية الطفل، تمت مقارنة إجمالي الدخل الشهري لأسرتك بالنسبة لعدد أفراد أسرتك بـ 85% من متوسط الدخل الخاص بالولاية و 300% من معيار الدخل الشهري الخاص بالولاية. أثناء فترة الأهلية التي تستمر 12 شهرًا، قد لا يتجاوز إجمالي دخل أسرتك 85% من متوسط الدخل الخاص بالولاية.

عدد أفراد الأسرة	300% من معيار الدخل الخاص بالولاية (SIS)	85% من متوسط الدخل الخاص بالولاية (SMI)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

*مصادر الدخل الأخرى غير المذكورة أعلاه والمحددة في لائحة ولاية نيويورك (5)(b) 404.5 NYCRR 18 تُعرّف دون أن تقتصر على ما يلي: بأنها: صافي الدخل للأعمال الحرة غير الزراعية، أي إجمالي الإيرادات مطروحًا منها نفقات الأعمال التجارية الخاصة بالفرد، أو المؤسسات أو الشراكة المهنية؛ أو صافي الدخل من الأعمال الحرة الزراعية أي إجمالي الإيرادات مطروحًا منها نفقات التشغيل من تشغيل المزرعة عن طريق شخص يعمل لحسابه الخاص كمالك أو مستأجر أو مزارع مستأجر؛ أو الحصص الربحية أو دخل الفوائد (على السندات أو المدخرات) من الممتلكات أو الودائع، أو صافي دخل الإيجار أو العائدات؛ أو المساعدة الحكومية (PA) أو مدفوعات الرعاية الاجتماعية (تتضمن مدفوعات PA مثل PA ودخل الضمان التكميلي (SSI) والإعانات المنزلية)؛ أو المعاشات والدفعات السنوية (تتضمن مخصصات المعاشات أو التقاعد المدفوعة للمتقاعدين أو وراثتهم)؛ أو تعويضات البطالة أو تعويضات العاملين؛ أو النفقة؛ أو معاشات المحاربين.

يبلغ إجمالي الدخل الشهري لأسرتك _____ دولار لأسرة مكونة من _____ أفراد .
هذا يتجاوز الحد الأقصى للدخل البالغ _____ دولار.

بالإضافة إلى التتويجات المُدرجة في هذا الإخطار، ارجع إلى خطة خدمات الأطفال والأسرة الخاصة بالمنطقة على الرابط <https://ocfs.ny.gov/main/childcare/plans/plans.asp> للحصول على معلومات إضافية.